

University of Groningen

Evaluatie Zuidoost-Drenthe HARTstikke goed!

Vries, Martin

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2005

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):
Vries, M. (2005). *Evaluatie Zuidoost-Drenthe HARTstikke goed! mogelijkheden van community-based preventie van hart- en vaatziekten in Nederland.* s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

3 Het voorkómen van hart- en vaatziekten: community-based interventie

In het vorige hoofdstuk is uitgebreid stil gestaan bij het vóorkomen van hart- en vaatziekten in de regio Zuidoost-Drenthe en de risicofactoren die hiertoe bijdragen. Dit hoofdstuk gaat in op de mogelijkheden van preventie: het voorkómen van hart- en vaatziekten. In de afgelopen decennia is er veel veranderd in de wijze waarop over preventie en voorlichting werd gedacht. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op deze veranderingen en wordt de community-werkwijze en het ontstaan ervan toegelicht.

3.1 Ontwikkelingen in preventie

Preventie is in te delen in drie segmenten, namelijk ziektepreventie, gezondheidsbescherming en gezondheidsbevordering (Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1991). Ziektepreventie omvat activiteiten die gericht zijn op het uitbannen van specifieke ziekten of aandoeningen. De interventies kunnen zowel collectief als individueel zijn en zijn soms gericht op specifieke doelgroepen. Bij gezondheidsbescherming ligt de nadruk sterk op de wet- en regelgeving. Door wet- en regelgeving worden individuen verplicht bepaalde maatregelen in acht te nemen zodat gezondheidsschade wordt voorkomen. Gezondheidsbevordering omvat preventieactiviteiten die gericht zijn op het beïnvloeden van determinanten van ziekten door beïnvloeding van gedrag of gedragsaspecten. Deze benadering tracht de invloed of aanwezigheid van gezondheidsbedreigende factoren te verminderen en gezondheidsbevorderende factoren te versterken. Gezondheidsbevordering beweegt zich op het niet puur medische terrein en legt de nadruk op de actieve betrokkenheid van de bevolking. Wallack en Wallerstein (1987) geven de volgende algemene kenmerken van gezondheidsbevordering. Gezondheidsbevordering:

- is gericht op de algemene populatie die in principe gezond is;
- is gericht op continue bevordering van een gezonde leefstijl;
- heeft als doel het aanreiken van vaardigheden en informatie aan een bevolking die helpen om gezond te blijven;
- heeft als doel het creëren van een omgeving die gezond gedrag mogelijk maakt of bevordert.

3.1.1 Internationaal

In de afgelopen jaren is er een snelle ontwikkeling geweest in ideeën over gezondheidsbevordering. De WHO speelde hierin een belangrijke rol. Deze ontwikkelingen zijn ook voor de Nederlandse praktijk van belang geweest. Tot het midden van de vorige eeuw werd vooral vanuit technisch medisch oogpunt naar gezondheid gekeken. In 1948 stelde de WHO een nieuwe definitie van gezondheid op: 'health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity' (WHO, 1948). Gezondheid werd niet meer alleen als afwezigheid van ziekte beschouwd, maar ook aspecten van geestelijk, lichamelijk en sociaal welzijn waren mede bepalend. In de jaren zeventig is de opvatting over het begrip gezondheid verder veranderd. De toenmalige Canadese minister van volksgezondheid Lalonde (Lalonde, 1974) heeft een gezondheidsmodel ontwikkeld dat een nieuw perspectief bood voor de aanpak van gezondheidsproblematiek. In het door hem gepresenteerde model, het 'Health Field Concept', zijn vier determinanten van gezondheid opgenomen, namelijk biologische factoren, omgevingsfactoren, leefstijlfactoren en de organisatie van de gezondheidszorg. Vooral nieuw in deze bredere visie op gezondheid is dat de invloed van omgevingsfactoren in ogenschouw wordt genomen. Tot de omgevingsfactoren worden zowel de fysisch en chemische factoren als de maatschappelijke gerekend. Dit model, oorspronkelijk alleen bedoeld voor de beschrijving en aanpak van de gezondheidszorg in Canada, werd in de jaren daarna door veel anderen overgenomen bij de ontwikkeling van gezondheidsbeleid en is nog steeds algemeen aanvaard. Op basis van dit gezondheidsmodel van Lalonde is het 'Health for All Programma' (WHO, 1977) en de hieruit voortvloeiende 'Nota 2000' in Nederland (Ministerie van WVC, 1986) opgesteld.

De nieuwe gedachten over gezondheid waren de basis voor een andere aanpak van het gezondheidsbeleid. In het begin van de jaren tachtig werd in Europa het vanuit Amerika afkomstige begrip 'health promotion' ingevoerd. In de Nederlandse literatuur wordt hiervoor het begrip 'gezondheidsbevordering' gehanteerd. Gezondheidsbevordering benadrukt dat gezondheidsproblemen, waaronder hart- en vaatziekten, niet alleen hun oorzaak vinden in gedrag en houding van individuen zelf, maar dat ook omgevingsfactoren hier een grote rol in spelen. Het beïnvloeden van de omgevingsfactoren is minstens zo belangrijk als het benadrukken van individuele condities wat betreft gedrag of leefwijze. 'Making the healthier choices the easier choices' is in dit kader een belangrijke WHO-slogan. Binnen deze benadering bestaat meer aandacht voor het mobiliseren van mensen en groepen om mee te werken aan de bevordering van gezondheid en voor het creëren van condities die dit bevorderen.

De eerste internationale conferentie over gezondheidsbevordering werd gehouden in Canada in 1986. Deze bijeenkomst heeft geleid tot het Ottawa Charter for Health Promotion. In Europa speelde het Ottawa Charter een belangrijke rol bij de

veranderende ideeën over gezondheidsbevordering. Het handvest definieerde gezondheidsbevordering als het proces dat personen in staat stelt zelf meer grip te krijgen op determinanten van gezondheid zodoende de gezondheidstoestand te verbeteren. Tevens werd gesteld dat gezondheidsbevordering niet alleen de verantwoordelijkheid van de gezondheidszorg diende te zijn. Het handvest beschreef gezondheid als een breder begrip, dat ook begrippen als vrede, bescherming, voorlichting, voeding, inkomen, stabiel ecosysteem en gelijkheid omvatte. Het document spreekt over drie belangrijke strategieën, te weten politieke pleitbezorging, het verminderen van ongelijkheid en individuen in staat te stellen een goede gezondheid te bereiken door gecoördineerde actie, waarbij alle elementen en sectoren in de samenleving betrokken zijn. Er werd aanbevolen om op vijf gebieden actie te ondernemen: de ontwikkeling van een algemeen gezondheidsbeleid, het stimuleren van een ondersteunende omgeving, het versterken van de lokale ontwikkeling, sociale planning en sociale actie, het ontwikkelen van persoonlijke vaardigheden zodat mensen zelf bewuste keuzes kunnen maken en tot slot een heroriëntatie van de gezondheidszorg waarin gezondheidsbevordering, onderzoek en scholing een betere plaats krijgt. De inhoud en betekenis van gezondheidsbevordering is nog enkele decennia aan verandering onderhevig geweest. In tabel 3.1 zijn enkele definities van gezondheidsbevordering welke in de afgelopen decennia zijn gehanteerd weergegeven.

Een tweede belangrijke ontwikkeling omtrent preventie is de keuze van de doelgroep geweest. Met de introductie van het model van Lalonde werd op een andere wijze over een doelgroep gedacht. Twee uitersten in de benadering van de doelgroep zijn de populatiebenadering en de hoog-risicobenadering. Bij de populatiebenadering is preventie gericht op de gehele bevolking van een bepaald gebied. Het betreft vaak preventie gericht op de verandering van leefstijl. De andere benadering is de hoog-risicobenadering. Hierbij betreft het maatregelen die gericht zijn op personen of groepen personen die een verhoogd risico hebben op bijvoorbeeld een hart- of vaatziekte door de aanwezigheid van één of meerdere risicofactoren. Zij krijgen adviezen of een behandeling. In feite is de hoog-risicobenadering te beschouwen als de traditionele preventiemethode. Volgens Rose (Rose, 1981, 1985, 1992) is de populatiebenadering veel effectiever bij gezondheidsbevordering. Volgens zijn theorie is de uiteindelijke gezondheidswinst groter als het voorkómen van een risicofactor in een gehele populatie een klein beetje wordt verminderd, dan dat het voorkómen van de risicofactor in een kleine groep met een hoog-risico wordt verminderd. Tegenwoordig maken veel programma's gebruik van een tussenvorm. De WHO stelt dat een combinatie van deze werkwijzen het meeste resultaat biedt (WHO, 1986).

Tabel 3.1 Definities van gezondheidsbevordering

Lalonde, 1974	A strategy "aimed at informing, influencing and assisting both individuals and organizations so that they will accept more responsibility and be more active in matters affecting mental and physical health"
US Department of Health, Education, and Welfare, 1979	"A combination of health education and related organizational, political and economic programs designed to support changes in behaviour and in the environment that will improve health"
Green, 1980	"Any combination of health education and related organizational, political and economic interventions designed to facilitate behavioural and environmental changes that will improve health"
Green & Iverson, 1982	"Any combination of health education and related organizational, economic, and environmental supports for behaviour conducive to health"
Perry & Jessor, 1985	"The implementation of efforts to foster improved health and well-being in all four domains of health [physical, social, psychological and personal]"
Nutbeam, 1985	"The process of enabling people to increase control over the determinants of health and thereby improve their health"
WHO, 1984 (24), 1986(4) and Epp, 1986	"The process of enabling people to increase control over, and to improve, their health"
Goodstadt et al., 1987	"The maintenance and enhancement of existing levels of health through the implementation of effective programs, services, and policies"
Kar, 1989	"The advancement of wellbeing and the avoidance of health risks by achieving optimal levels of the behavioural, societal, environmental and biomedical determinants of health"
O'Donnell, 1989	"The science and art of helping people choose their lifestyles to move toward a state of optimal health"
Labonté & Little, 1992	"Any activity or program designed to improve social and environmental living conditions such that people's experience of well-being is increased"

3.1.2 Nederland

In Nederland bestond aanvankelijk weinig aandacht voor de nieuwe aanpak binnen de gezondheidsvoorlichting. Toen bleek dat de gezondheidsbevordering goede perspectieven bood kwam er meer belangstelling. Naast de traditionele volksgezondheidsfuncties (bescherming en bewaking van de volksgezondheid) kregen de bevordering van gezondheid en gezondheidsgedrag, de onderkenning van de determinanten van gezondheid, het epidemiologisch onderzoek en de systematische evaluatie van op gezondheid gerichte interventies, meer aandacht. De Nota 2000 (toenmalig Ministerie van WVC, 1986) was een eerste stap om de doelen uit het Health for All Programma van de WHO in Nederland te realiseren. De nota propageerde intersectoraal- of facetbeleid. Tevens diende er meer aandacht te zijn voor de omgeving en niet alleen voor de terreinen die van oudsher

met gezondheid(szorg) in verband zijn gebracht. In navolging van buitenlandse voorbeelden werd verdere invulling gegeven aan gezondheidsbevordering in Nederland. Na de Nota 2000 werd in het Ontwerp Kerndocument Gezondheidsbeleid van het toenmalig Ministerie van WVC gewezen op het belang van bevolkingsparticipatie bij preventie. Kernelementen in deze nota's waren de aandacht voor zwakkeren en minder bevoorrechten, de behoefte aan een heroriëntatie van de gezondheidszorgvoorzieningen (van specialistische hulp naar meer primaire gezondheidszorg), het grote belang van de invloed van de bevolking, en intersectorale samenwerking met alle relevante sectoren in de samenleving.

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding

In Nederland houdt de GVO zich bezig met gezondheidsbevordering. GVO is in Nederland geïntroduceerd als vertaling van het Engelse begrip 'health education'. Tegenwoordig wordt GVO ook gezondheidsbevordering genoemd. GVO probeert door middel van voorlichting en educatie het gezondheidsgedrag van mensen te beïnvloeden. Het wordt beschouwd als een containerbegrip voor 'alle bewust ondernomen en systematisch uitgevoerde activiteiten, gericht op de relatie tussen gezondheid en gedrag van mensen, met het doel hen in staat te stellen die keuzes te maken die hun gezondheid bevorderen of in hun omgeving de omstandigheden te creëren om deze keuzes mogelijk te maken'. Het uitgangspunt is daarbij dat mensen door middel van hun gedrag, en leefstijl, zelf in belangrijke mate bijdragen aan hun gezondheidstoestand. GVO-activiteiten zijn erop gericht door middel van voorlichting en educatie mensen te motiveren tot het handhaven of versterken van bestaand gezond gedrag of te motiveren tot ander gezonder gedrag. Mogelijkheden voor het bevorderen van gezond gedrag hangen ook af van de omgeving waarin mensen leven, wonen en werken. In het verlengde van GVO staan dan ook activiteiten, die bedoeld zijn om een gezonde leef-, woon- en werkomgeving tot stand te brengen. De kracht van preventieprogramma's is waarschijnlijk voor een groot deel gelegen in een integratie van structurele maatregelen met GVO-interventies. Op regionaal niveau waar beleid, maatregelen en activiteiten dicht bij elkaar zijn gelegen en zich dicht bij de bevolking afspelen, zal deze integratie te realiseren zijn (Baecke, 1992).

Als gevolg van de internationale ontwikkelingen veranderde de aanpak van de GVO in Nederland. Hierin zijn drie perioden te onderscheiden, namelijk de rationeel gerichte periode, de individueel gerichte periode en de periode met de wetenschappelijk benadering (Boenink 1987; Jonkers-Kuiper, 1988).

In de eerste vormen van gezondheidsvoorlichting staat rationaliteit voorop. Er werd aangenomen dat individuen gezondheid een hoge waarde geven en dat voorlichting en informatie over gezond gedrag alleen voldoende was. Op basis van deze informatie zou men handelen op rationele overwegingen. Door massamediale

voorlichtingscampagnes gericht op het individu, werd duidelijk gemaakt dat men niet ongezond mag leven. De voorlichting was vooral eenrichtingsverkeer, de professional weet wat het beste is en deelt dat mee. In deze periode was weinig bekend over de effectiviteit van de voorlichting op gedragsverandering. Zelden of niet werd gewerkt volgens een planmatige aanpak waar de stappen van analyse tot voorlichting en voorlichting tot evaluatie deel van uitmaken.

In het gezondheidsbeleid in de jaren zestig werd GVO gezien als belangrijke aanvulling op de bestaande gezondheidszorg. Binnen de gezondheidsvoorlichting legde men meer nadruk op de individuele keuzeruimte (Hagendoorn, 1990) en zag men GVO als een methode om mensen zelf bij hun eigen gezondheid te betrekken. Verandering was een individuele keuze, waarbij ook irrationele overwegingen een rol speelden. Voorlichting richtte zich op het bevorderen van een bewuste besluitvorming en werd hiermee meer tweerichtingsverkeer. De wisselwerking tussen professional en doelgroep achtte men belangrijk. Participatie is dus belangrijk in deze periode, echter deze bleef alleen beperkt tot de interventie.

In de jaren tachtig werd de aanpak van GVO meer wetenschappelijk. Het doel van GVO was vooral gericht op gedragsverandering en niet meer alleen op kennisvermeerdering of bewuste besluitvorming. Bij gedragsverandering werd de sociale omgeving van groot belang geacht. Wetenschappelijke modellen en analyses waren de basis voor veel GVO activiteiten. De nadruk lag niet meer op het ontwikkelen van nieuwe methoden maar meer op de variatie in methoden en combinatie van methoden.

3.2 Theorieën voor gedragsverandering

In de sociale psychologie zijn verschillende modellen en theorieën ontwikkeld die gedragsverandering proberen te verklaren (Damoiseaux e.a., 1993; Bracht, 1999). Een aantal theorieën heeft grote invloed gehad en is veelvuldig terug te vinden in de literatuur. Voor veel community-based programma's vormen zij de basis voor het project. In deze paragraaf worden veel gebruikte theorieën beschreven. Als eerste komen modellen voor verandering op individueel niveau aan de orde, vervolgens achtergronden van verandering op community niveau en tot slot een model voor planning van community-programma's.

3.2.1 Theorieën voor verandering op individueel niveau

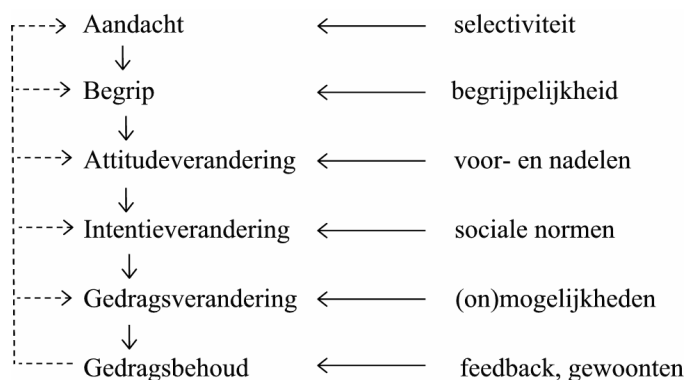
Theorieën voor verandering op individueel niveau omvatten individuele eigenschappen, motivatie en andere unieke eigenschappen die gedrag beïnvloeden. Hierbinnen valt onderscheid te maken in theorieën op intrapersoonlijk en interpersoonlijk niveau.

Tot de intrapersonlijke modellen behoren het Health Belief Model en de Theorie of Reasoned Action. Het Health Belief Model (Bracht, 1998) gaat er van uit dat de perceptie over de gevoeligheid voor de ziekte en het ervaren gevaar voor het ontstaan van de ziekte aanleiding is tot verandering van gedrag. De perceptie en het ervaren gevaar vormen samen een gevoel van dreiging. Deze ervaren dreiging kan worden beïnvloed door kennis, maar ook door het aandragen van mogelijkheden voor actie, bijvoorbeeld informatie over het omgaan met ziekte. Volgens de theorie is gedrag en gedragsverandering gebaseerd op individuele afwegingen over de mate van dreiging en het gevoel over voordelen van actie. De andere intrapersonlijke theorie, de Theory of Reasoned Action (Ajzen and Fishbein, 1980), stelt dat de enige en beste voorspeller van verandering van het gedrag van een persoon intentie is. In dat model wordt intentie beïnvloed door de attitude voor het gedrag en de perceptie hoe anderen tegen het gedrag aankijken (subjectieve norm).

Tot de theorieën op het vlak van interpersoonlijk niveau horen de Social Learning Theory en het Transtheoretical Model, ook wel 'stages of change' genoemd. De Social Learning Theory is een belangrijk model uit de sociale psychologie en is goed bruikbaar voor het verklaren van gezondheidsgedrag (Bandura, 1986). Bandura onderscheidt persoonlijke factoren en omgevings- en gedragsfactoren om gedrag te verklaren. Omgevingsfactoren, sociale en fysieke omgeving, zijn variabelen die buiten een persoon liggen. Deze factoren spelen in een community-project een belangrijke rol. Persoonlijke factoren zijn vaardigheden van een persoon om de betekenis van gedrag te kunnen leren via ervaring of observatie. Gedragsfactoren omvatten de variabelen die te maken hebben met de vaardigheden van een persoon om een bepaald gedrag daadwerkelijk uit te voeren. Gedrag dat positieve uitkomsten biedt, heeft een grote kans om te worden geïnitieerd.

Volgens de sociale leertheorie is er een dynamische relatie tussen de fysieke en sociale omgeving, gedrag en de persoonlijke cognitieve dimensie. Een individu kan zowel veranderingsagent als doelpersoon van de verandering kan zijn. Daarom is te verwachten dat veranderingen die gelijktijdig op het individu en de omgeving gericht zijn beter vastgehouden worden (Bandura, 1988). In het Transtheoretische Model van Stages of change (Prochaska & DiClemente, 1984) wordt een viertal fasen onderscheiden. Dit zijn precontemplatie, contemplatie, preparatie en actie, en gedragsbehoud of terugval. Deze theorie stelt dat personen in verschillende fasen kunnen verkeren. De fasen volgen elkaar in principe op. Personen in de precontemplatiefase zijn bijvoorbeeld niet bereid na te denken over gedragsverandering. Door interventie kunnen ze in de volgende fase komen waarin ze dat wel zijn. Deze theorie heeft tot het besef geleid dat voorlichting gericht op een groep personen op de verschillende fasen waarin individuen in deze groep kunnen verkeren moet worden gericht.

Kok (1985) heeft op basis van de theorie van berekend gedrag van Fishbein en Ajzen (1975), de fasenmodellen van Rogers (1983) en McGuire (1985) een model van gedragsverandering via voorlichting opgesteld. Het model is vergelijkbaar met het stages of change model. Dit model was ten tijde van de ontwikkeling van het project in Zuidoost-Drenthe vrij gangbaar in de GVO in Nederland en is gehanteerd bij de evaluatie van het project. Figuur 3.2 geeft het model grafisch weer.



Figuur 3.2 Model van gedragsverandering via voorlichting (Kok, 1985)

Het model gaat ervan uit dat een persoon een aantal stappen moet doorlopen voordat hij komt tot gedragsverandering. Links staan de processen weergegeven die zich in de persoon afspelen. Rechts staan de factoren die daarop van invloed zijn. De overgang naar iedere volgende fase kan beïnvloed worden door interne factoren, zoals persoonlijkheidskenmerken en persoonlijke afwegingen, en door externe factoren, zoals barrières en de sociale omgeving van de persoon. Door voorlichting wordt getracht deze factoren te beïnvloeden. Van de doelgroep die moet worden bereikt hangt af aan welke fase aandacht moet worden besteed. Voorlichting kan alleen effect hebben als de potentiële ontvanger aan de boodschap wordt blootgesteld. Als er voor het onderwerp geen aandacht is bij de doelgroep dan zal de voorlichting zich in eerste instantie hierop moeten richten. Volgens Kok is gebrek aan aandacht één van de meest onderschatte redenen voor het falen van een voorlichtingsboodschap. Daarnaast moet de ontvanger het bericht begrijpen. Het bericht leidt tot attitudeverandering wanneer de afweging van voor- en nadelen positief uitvalt. Attitudeverandering kan leiden tot intentieverandering. Soms vormt de subjectieve of sociale norm hierbij een belemmerende factor. De sociale omgeving kan de gezondheid op zowel een positieve als een negatieve manier beïnvloeden. Wanneer er mogelijkheden zijn om een veranderde intentie om te zetten in gedrag kan een gedragsverandering

optreden. Voorlichting dient zich hierbij niet te beperken tot het overtuigen dat ander gedrag gewenst is. Ook moet worden aangegeven hoe mensen geholpen kunnen worden dat nieuwe gedrag te vertonen. Voorlichting moet uiteindelijk leiden tot gedragsbehoud. Het nieuwe gedrag moet dan wel de gewenste en voorspelde voordelen opleveren.

Gedragsverandering gebeurt niet van de ene op de andere dag. Het is een langdurig proces van communicatie waarin mensen die het nieuwe gedrag moeten gaan vertonen, ook moeten merken dat dit gedrag de gewenste voordelen biedt. Voorlichting moet daarom na een gedragsverandering doorgaan met het geven van positieve feedback, zodat de gedragsverandering wordt voortgezet en uiteindelijk leidt tot gewoonte.

3.2.2 Theorieën voor verandering op community niveau

Bij community-based interventies spelen naast individuele gedragsveranderingstheorieën ook community theorieën een rol.

Principes van sociale marketing

Communicatie is een belangrijk onderdeel van interventies die op de hele community gericht zijn. Als de communicatie niet goed is vormt dit een barrière om te komen tot actie. Marketingprincipes zijn geschikt bij de implementatie en promotie van gezondheidsbevorderende programma's (Fincham, 1992). Sociale marketing betreft het ontwerp, de implementatie en het begeleiden van een programma op een zodanige manier dat de acceptatie ervan wordt geoptimaliseerd. Centraal bij marketing staan het product zelf, de promotie van het product, de plaats (het voorzien van adequate distributiekkanalen) en de prijs. Sociale marketing omvat de volgende stappen (Shea, 1989; 1990):

- formuleren van doelstellingen;
- analyseren van de community, onder andere ook op basis van sociaaldemografische en psychosociale variabelen;
- analyseren van de distributiekkanalen;
- ontwikkelen van een marketingstrategie voor de verschillende producten.

Massamediale campagnes

Community-based projecten maken vaak gebruik van massamediale campagnes. Door het juiste gebruik van de massamedia ontstaat een draagvlak voor de actie in de community. De massamediale aandacht vormt de 'rode draad' voor activiteiten en campagnes en ondersteunt tal van nevenactiviteiten. De campagne vormt de bedding van het project, geeft bekendheid en vergemakkelijkt het ontstaan van een draagvlak voor de ontwikkeling van bilaterale samenwerking.

Innovatie-diffusiemodel

Een programma is pas effectief als de boodschap verspreid, geaccepteerd en gebruikt wordt. Het innovatie-diffusiemodel beschrijft de verspreiding (diffusie) van een programma (innovatie). Een innovatie betekent voor de doelgroep een nieuw gedrag of houding. Diffusie is het proces dat zorgt voor het doorgeven van de innovatie via bepaalde kanalen aan de doelgroep. Diffusie komt tot stand door communicatie. Diffusie van innovaties in de community vindt op verschillende manieren plaats. In het geval van de community-benadering draagt het in samenwerking met de doelgroep ontwikkelde programma zorg voor de verspreiding. Hierbij wordt gebruik gemaakt van netwerken en opinieleiders. Dit biedt veel mogelijkheden voor de verspreiding van een innovatie. De theorie suggereert dat het gebruik van massamedia het meest effectief is bij de verspreiding van kennis over de innovatie. Interpersoonlijk contact is het meest effectief bij het veranderen van houding en gedrag (Shea, 1990). Volgens Rogers verloopt het diffusieproces via vier stappen (Rogers, 1983):

- verspreiding van het gedrag (disseminatie);
- aanvaarding van het gedrag (adoptie);
- implementatie;
- gedragsbehoud.

Deze fasen zijn ook terug te vinden in het model van gedragsverandering via voorlichting van Kok.

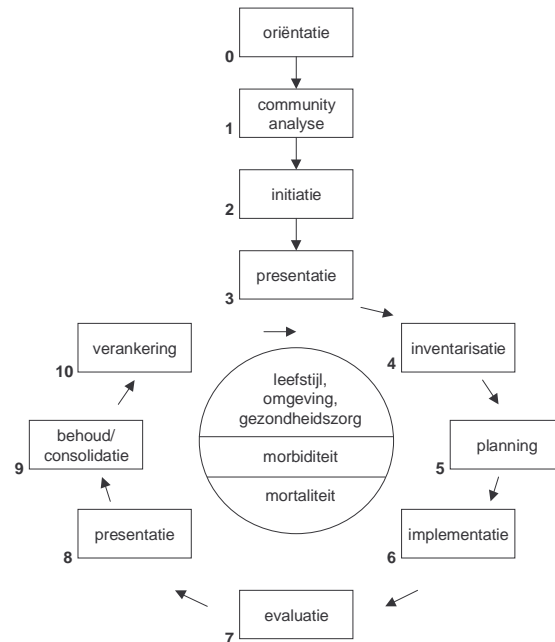
Overname van de innovaties

Binnen de doelgroep, een community, kunnen vijf groepen worden onderscheiden op basis van de mate waarin men geneigd is een innovatie te aanvaarden (Fincham, 1992). Vernieuwers zijn de personen die de vernieuwing zeer snel overnemen. Vervolgens komen de vroege adopters, de vroege meerderheid en de late meerderheid. De 'achterblijvers' nemen het laatst de vernieuwing (gezonde leefstijl) over. Er is sprake van een normale verdeling van innovatiegerichtheid. Dit betekent dat er een grote middengroep is. Het bereiken en overtuigen van de meerderheid kost aanzienlijk meer tijd dan dat van de vernieuwers.

3.2.3 Planningsmodel voor community-programma's; het 10-fasenmodel

Community-organisatie speelt een centrale rol in een community-based project. Voor de samenwerking met de community en de uitvoering van het project is ten behoeve van het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' een model opgesteld. In dit model zijn verschillende bestaande theorieën en uitgangspunten samen met de ervaringen die reeds opgedaan waren in de eerste maanden van het community-project verwerkt. Van de volgende modellen is gebruik gemaakt: het PRECEDE/PROCEED model voor planning van Green en Kreuter (1993), het

werkmodel voor projectmatig werken (Buitenhuis, 1993), een stappenplan voor lokale gezondheidsbevordering (Brouwer, 1992), een fasenmodel voor het opzetten van een community-project (Bracht en Kingsbury, 1990) en een model voor de opzet van een preventieproject hart- en vaatziekten (De Vent, 1994). Figuur 3.3 geeft het uiteindelijke 10-fasenmodel schematisch weer. In bijlage 2 is een uitgebreide beschrijving van het model opgenomen.



Figuur 3.3 10-Fasenmodel voor planning en verankering van een community-based project

In het 10-fasenmodel is sprake van een cyclisch proces. De fasen van inventarisatie tot en met verankering worden steeds opnieuw doorlopen. Iedere cyclus begint met een inventarisatie en het (opnieuw) formuleren van doelen. De presentatie van de analyse van de (regionale) situatie heeft een feed-forward functie. Het presenteren van resultaten van het project heeft een feed-back functie. De presentaties vinden plaats op verschillende momenten in het project. In het model zijn daarom twee presentatiefases opgenomen.

Fase 0 Oriëntatie

De oriëntatiefase omvat een eerste en open oriëntatie op de community waar het probleem bestaat en op het probleem dat zich voordoet. Het doel van deze fase is

om voeling te krijgen met de thematiek, met mogelijke oplossingen en met de community.

Fase 1 Community-analyse

Een uitgebreide analyse van de lokale situatie vindt plaats in de community-analyse. Deze analyse brengt de lokale gezondheidssituatie en de potentiële doelgroepen in kaart. De analyse omvat zowel kwalitatieve als kwantitatieve gegevens, een epidemiologisch onderzoek, een gedragsdiagnose en het opstellen van een sociale kaart. Door deze analyse ontstaat inzicht in mogelijke aangrijpingspunten voor preventie.

Fase 2 Initiatie

In de initiatiefase krijgen de community-structuren vorm. Belangrijk hierbij is het ontwikkelen van draagvlak en het polsen en werven van participanten in de community.

Fase 3 Presentatie

De eerste presentatiefase bestaat uit een verkenning van de regionale en lokale situatie door de initiator en de (potentiële) participanten. Dit leidt eventueel tot bijstelling van de oorspronkelijke community-analyse.

Fase 4 Inventarisatie

De inventarisatiefase is bedoeld om de mogelijkheden voor interventie op een rij te zetten. Belangrijke aandachtspunten hierbij zijn nieuwe activiteiten, bestaande activiteiten, het betrekken van organisaties in de community, het aansluiten bij andere (lokale) initiatieven, specifieke doelgroepen en middelen.

Fase 5 Planning

In de planningsfase vindt prioritering van de mogelijke activiteiten plaats. Dit leidt tot een concreet plan en concrete actiedoelen. In het plan komen financiële middelen, menskracht, samenwerking, tijdsplanning en locatie aan de orde. Het plan wordt geformaliseerd en opgenomen in het lokale beleid.

Fase 6 Implementatie

De implementatiefase is een praktische fase. De uitvoering van activiteiten staat centraal. De verschillende participanten voeren gezamenlijk of afzonderlijk de community-activiteiten uit.

Fase 7 Evaluatie

De evaluatie beoordeelt de implementatie en de daaraan voorafgaande fasen voordat overgegaan kan worden tot behoud en consolidatie. Het betreft een evaluatie van de wijze waarop gewerkt is en als dat mogelijk is een effectmeting.

Fase 8 Presentatie

Participanten krijgen in de tweede presentatiefase, op basis van de evaluatie, inzicht in de eerste resultaten en terugkoppeling op de verrichte inzet. Dit levert inzicht in goede en minder goede onderdelen van het programma. Eventueel leidt dit tot het aanpassen van plannen. Tevens zal het bijdragen aan een goed draagvlak bij de community.

Fase 9 Behoud/consolidatie

In deze fase staat het traject dat moet leiden tot het verankeren van de ontstane samenwerking in de community centraal. Dit levert een consolidatieplan op waarin de consolidatietrajecten zijn uitgewerkt.

Fase 10 Verankering

Verankering betekent het voortbestaan van de samenwerkingsstructuren in de community. In deze fase worden de consolidatietrajecten uitgevoerd. Deze fase regelt de noodzakelijke voorwaarden voor verankering, bijvoorbeeld de financiën, de menskracht, het vaststellen van samenwerkingspartners en de vorm van samenwerking (beleidsadviesorgaan, stichting of vereniging).

3.3 Community-benadering

De gevolgen van de ontwikkelingen binnen de gezondheidsbevordering zijn terug te vinden in de aanpak en de opzet van interventies gericht op de verbetering van de gezondheid. Dit leidde tot de ontwikkeling van de zogeheten 'community-based' interventieprogramma's. In deze paragraaf worden kenmerken van de community-benadering beschreven. Eerst komt de theoretische achtergrond aan bod. Vervolgens komen enkele buitenlandse en Nederlandse community-based projecten aan de orde. Tot slot wordt in deze paragraaf ingegaan op relevante theorieën over de community-benadering en gezondheidsvoorlichting.

3.3.1 Theoretische achtergrond community-benadering

Community-benadering mag dan een nieuwe term zijn, de theoretische achtergronden en gebruikte methoden zijn dat in feite niet. In wezen is een community-based project een samenvoeging van verschillende acties die al vaker en eerder uitgevoerd zijn. Alleen de combinatie van deze uiteenlopende activiteiten met daarbij de betrokkenheid van intermediairen en de bevolking zelf

toegepast bij gezondheidszorg en preventie maakt de projecten uniek. Verschillende theorieën en methoden zijn gebruikelijk in bijvoorbeeld GVO, opbouw- en welzijnswerk, educatie, communicatie en sociale organisatie. Juist vanwege de veelvoud aan mogelijkheden is elk community-project verschillend. Zo richt bijvoorbeeld het ene project zich op een specifieke doelgroep en het andere op de gehele bevolking, of ligt bij de een de nadruk meer op de betrokkenheid van de politiek en bij de ander op de betrokkenheid van vrijwilligers. Er bestaat geen basisconcept voor community-based programma's. Op basis van de beschrijvingen van buitenlandse en Nederlandse projecten kunnen de belangrijkste en gemeenschappelijke kenmerken van community-based interventies wel worden benoemd.

Gegevens als basis

Aanleiding tot de interventie is onderzoek of informatie. Op basis van relevante gegevens over gezondheid, bijvoorbeeld ziekte en sterfte, gedrag en gedragsdeterminanten met betrekking tot hart- en vaatziekten ontstaan ideeën voor actie. Naast het belang van gegevens als aanleiding zijn gegevens ook van essentieel belang bij de uitvoering en de opzet van de interventie. Inzicht in de factoren die het gezondheidsprobleem (mede) veroorzaken, zoals gedragsfactoren en biologische, omgevings- en sociaal-culturele factoren, leidt tot een passend programma.

Bevolkingsparticipatie

Een zeer belangrijk kenmerk van de community-benadering is de participatie van leden van de community bij de planning, organisatie en uitvoering van het project. Via participatie gaan mensen zich meer betrokken voelen en ontstaat tevens medeverantwoordelijkheid. Participatie maakt het aan de ene kant mogelijk de al aanwezige deskundigheid in de community optimaal te benutten en aan de andere kant de deskundigheid te vergroten. Bovendien is participatie van belang om het project af te stemmen op lokale gewoonten, mogelijkheden en beperkingen. Orlandi (1991) noemt participatie een middel om de kloof tussen projectmedewerkers en de doelgroep te kunnen overbruggen, wat essentieel is voor de continuering van een project.

Intersectorale samenwerking

Een community-based project is gericht op de gehele community en daarmee op diverse aanwezige organisaties in die community. Dit betreffen zowel organisaties binnen als buiten de gezondheidszorg. Een belangrijk voordeel van deze samenwerking is dat iedere sector een eigen achterban heeft. Dit levert een groot bereik op. Bovendien is iedere organisatie een bron van faciliteiten, deskundigheid, vrijwilligers, financiële middelen en dergelijke. Zo is het mogelijk goed aan te

sluiten bij de bestaande situatie. Uitgangspunt bij de samenwerking is het win-win principe; beide partijen dienen voordeel te hebben bij de samenwerking. 'Shared ownership' is een ander uitgangspunt, hetgeen betekent dat er sprake is van gedeelde verantwoordelijkheid. In de literatuur komt men verschillende begrippen tegen die verwijzen naar intersectorale samenwerking of bevolkingsparticipatie. Sommige begrippen hebben meer betrekking op de participatie van individuen in de bevolking (de uiteindelijke doelgroep), andere begrippen betreffen de samenwerking met de gehele community.

Sociale netwerkbenadering

De verspreiding van informatie vindt zoveel mogelijk plaats via bestaande sociale netwerken. Dit zijn bijvoorbeeld bestaande contacten tussen organisaties en individuen in de community. Zo bereikt de voorlichtingsboodschap veel personen in de community (Steenbakker e.a., 1991). Naast het aanspreken van bestaande sociale netwerken, is het ook belangrijk deze te versterken of uit te breiden. Een boodschap zal meer mensen bereiken indien zowel formele als informele communicatiekanalen gebruikt worden. Met name personen in lagere sociaal-economische strata ontvangen veel informatie via mensen in hun directe sociale omgeving (Rogers, 1983). In sociale netwerken functioneren mensen als sociaal model voor elkaar en oefenen sociale invloed op elkaar uit. Door leden van het eigen netwerk te betrekken in de verspreiding van de informatie kunnen ook zij worden bereikt en zal gedragsverandering eerder optreden (Bandura, 1986; Preston, 1988; Damoiseaux, 1991).

Gerichtheid op de community

De basisgedachte van de community-benadering is dat (gezondheids)gedrag van mensen voor een groot deel door de omgeving wordt bepaald (Thompson en Kinne, 1990). Mensen zijn onderdeel van een systeem (community) en worden hierdoor beïnvloed. Om gedrag te veranderen dient het systeem te veranderen. Thompson en Kinne (1990) omschrijven een community als een groep mensen die zowel waarden, normen als instituties delen, zoals een gemeente, dorp of wijk. Zij zien de community als een systeem bestaande uit individuen, subsystemen of sectoren en relaties tussen sectoren en koepels of netwerken van sectoren. Op basis van deze theorie wordt in figuur 3.4 een schematische voorstelling van de community Zuidoost-Drenthe weergegeven.

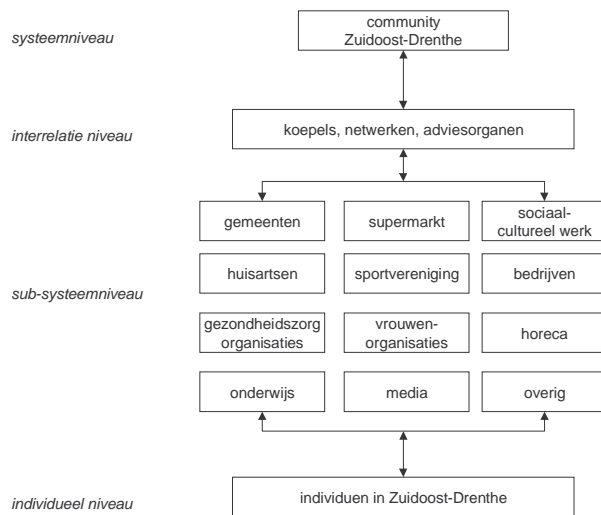
De verspreiding van innovaties gebeurt op verschillende manieren, zowel horizontaal als verticaal en via verschillende kanalen, bijvoorbeeld via massamediale boodschappen en sociale netwerken. Een community-based programma maakt gebruik van netwerken en opinieleiders en is ontwikkeld in samenwerking met de doelgroep.

Gerichtheid op individu, groep en omgeving

Community-projecten zijn niet alleen gericht op het individu, maar ook op de sociale en fysieke omgeving waarbinnen het individu leeft. Een community-project richt zich op de verschillende segmenten, doelgroepen en netwerken in de community. Door deze integrale aanpak worden individuele gedragsveranderingen gemakkelijker gerealiseerd.

Interventiemix

De inzet van verschillende methoden en media (interventiemix) draagt bij aan een groot bereik. Ten aanzien van het veranderen van gedrag bevinden personen in een community zich in verschillende fasen (Prochaska en DiClemente, 1984). Een deel van de bevolking zal nog niet overwogen hebben het gedrag in de gewenste richting te veranderen. Andere hebben dat al wel, maar hebben nog geen actie ondernomen. Zo zijn er ook personen die proberen het gedrag te veranderen, terwijl anderen het gewenste gedrag al langere tijd vertonen. Voor de interventie betekent dit dat personen in verschillende fasen verkeren. Per fase waarin iemand verkeert is specifieke voorlichting nodig. Dit betekent dat het preventieprogramma niet op één (bijvoorbeeld alleen begrip) fase gericht moet zijn, maar op meerdere.



Figuur 3.4 Schematische voorstelling van de community Zuidoost-Drenthe

Een community-based project is in het algemeen niet op één risicofactor of leefstijlaspect gericht, maar op meerdere. De nadruk bij de voorlichting ligt niet op verandering van een gedragsfactor, maar op de algehele leefstijl. Het aanpakken van meer risicofactoren (gedragingen) van één ziekte is effectiever dan het aanpakken van één risicofactor. Tevens zijn veel risicofactoren aan elkaar gerelateerd.

3.3.2 Buitenlandse community-based projecten

Vanaf de jaren zeventig zijn in het buitenland community-based programma's uitgevoerd. De internationale literatuur spreekt over drie generaties community-based preventieprojecten. De eerste generatie bestaat uit projecten die zich kenmerken door de nadruk op promotie en het verkrijgen van ervaring met de community-based werkwijze. Deze projecten richtten zich op de preventie van hart- en vaatziekten. Het North Karelia Project in Finland, de Stanford Three Communities Study in de Verenigde Staten en het CHAD Program in Israel behoren tot de eerste generatie. Naar aanleiding van de goede ervaringen met deze aanpak heeft de WHO in 1974 het Comprehensive Cardiovascular Community Control Program (CCCCP) geïnitieerd. Het doel van dit programma was tweeledig. Het doel was om landen en steden te helpen bij het opzetten van community-based projecten en daarnaast om door standaardisatie van de methode te kunnen leren van deze aanpak. Finland, Duitsland (West en Oost), Hongarije, Italië, Noorwegen, Zwitserland en het toenmalige Rusland en Joegoslavië participeerden in het CCCCCP. Dit leidde tot een groot aantal tweede generatie projecten. Deze projecten zijn over het algemeen groter van opzet en zijn uitgebreider geëvalueerd. Ook deze projecten richtten zich op de preventie van (risicofactoren van) hart- en vaatziekten. Bekende grote projecten zijn het Stanford Five-City Project, het Minnesota Heart Health Program en het Pawtucket Heart Health Program. De derde generatie community-projecten zijn projecten waarin meer aandacht uitgaat naar specifieke subgroepen in de community en de implementatie van de activiteiten. Tevens ontstaan er veel initiatieven die zich richten op het implementeren van lokale gezondheidsbevorderingsinitiatieven op andere terreinen, zoals verslavingszorg, AIDS preventie, aanpak van overlast door geweld en projecten in achterstandswijken en arme of derdewereld landen. Natuurlijk zijn er ook allerlei tussen- en mengvormen. De eerste community-based projecten in Nederland dateren van eind jaren tachtig. De belangstelling voor deze benadering bij op gedragsverandering gerichte interventies nam daarna steeds meer toe. Hieronder zijn in het kort enkele kenmerken van de meest invloedrijke eerste en tweede generatie community projecten beschreven.

North Karelia Project

Het North Karelia Project in Finland (1972-1987) is het eerste grootschalige community-based programma ter preventie van hart- en vaatziekten (Puska, 1976). In dit project is gebruik gemaakt van massacommunicatie en interpersoonlijke communicatie. De sociale leertheorie van Bandura (Bandura, 1977), het 'communication persuasion model' van McGuire (McGuire, 1969), de aanpassing hierop van Flay (Flay, 1981), het 'belief-attitude-intention' model van Ajzen en Fishbein (Ajzen and Fishbein, 1975) en het 'diffusiemodel' van Rogers (Rogers, 1983) vormden de theoretische achtergrond van dit project. Het programma was gericht op de bevolking van de gehele regio met mannen van middelbare leeftijd als speciale doelgroep. Door middel van verschillende interventies is geprobeerd de morbiditeit en mortaliteit ten gevolge van hart- en vaatziekten terug te dringen. De volgende interventiemethoden zijn gehanteerd:

- verspreiden van informatie;
- overtuigen van mensen;
- training;
- sociale steun;
- veranderen van de omgeving.

Bij de voorlichting is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande lokale structuren op sociaal- en gezondheidsgebied en is de nadruk gelegd op primaire preventie door reductie van risicofactoren (Puska, 1984). Het verminderen van de verschillende risicofactoren voor hart- en vaatziekten werd vertaald in subdoelen. Na vijf jaar was het geschatte risico op ischemische hartziekten in de experimentele regio met 17% en 12%, respectievelijk voor mannen en vrouwen, meer gedaald ten opzichte van de gemeten daling in de controleregio. Er werd minder gerookt en het cholesterolgehalte en de bloeddruk daalden significant (Puska e.a., 1981; Salonen e.a., 1983). Na tien jaar werd bovendien een daling in sterfte aan ischemische hartziekten gemeten (Salonen e.a., 1983).

Stanford Five City project

Het Stanford Five City Project was onderdeel van het Stanford Heart Disease Prevention Program. Het werkmodel dat gehanteerd werd was eveneens gebaseerd op de sociale leertheorie van Bandura en het model voor gedragsverandering van Fishbein en Ajzen. De werkwijze was verder gebaseerd op het communication persuasion model van McGuire en het adoptie diffusiemodel van Rogers en Schoemaker (Shea, 1990). Het Stanford Five City programma ging uit van de volgende veronderstellingen:

- de effecten van massamediale voorlichting nemen toe door community-organisatie;

- interpersoonlijke beïnvloeding kan worden versterkt door community-organisatie;
- organisaties in de community kunnen het systeem van aanbieder van het voorlichtingsprogramma vergroten;
- organisaties in de community kunnen het proces van acceptatie van preventieprogramma's bevorderen;
- 'community-organisation' wordt versterkt door programma's te richten op groepen die zich bezig houden met gezondheidsvoorlichting en -bevordering (Shea, 1990).

In vijf steden in Californië werd van 1983 tot 1988 het effect onderzocht van community-based preventie op de risicofactoren voor hart- en vaatziekten en de daaraan gerelateerde mortaliteit. In twee steden werd een voorlichtingsprogramma opgezet dat gebruik maakte van massamediale en persoonlijke voorlichting (bijvoorbeeld via school). Drie andere steden fungeerden als controlegroep in de evaluatie. Er waren vijf jaarlijks terugkerende programma's gericht op verlaging van het serumcholesterolgehalte, behandeling van hypertensie, terugdringen van het aantal rokers, gewichtscontrole en verhoging van de lichamelijke activiteit. De netto effecten van de interventie waren: 2% verlaging van serumcholesterol, 4% verlaging van de bloeddruk en 13% afname van het aantal rokers.

Minnesota Heart Health Programma

Het Minnesota Heart Health Programma was een onderzoeks- en demonstratieproject dat gericht was op daling van de sterfte aan hart- en vaatziekten in drie steden in de Verenigde Staten. Subdoelen van dit project waren bewustwording, gedragsverandering en het terugdringen van risicofactoren. Tussentijdse onderzoeksresultaten wezen op een afname van het cholesterolgehalte en een vermindering van het gebruik van verzadigde vetten (Bracht e.a., 1986). Bij het Minnesota Heart Health Programma was er sprake van een educatief programma dat met een hoge intensiteit werd uitgevoerd over een periode van vijf jaar. Voordat het project van start ging is een community-analyse uitgevoerd. Het programma bevatte niet alleen onderdelen die op voorlichting en educatie gericht waren, maar tevens aspecten van verandering van de sociale omgeving. In het programma werd over gezondheidsboodschappen gecommuniceerd met behulp van zeven strategieën (Shea, 1989):

- actieve betrokkenheid van de leiders van de bevolking en haar organisaties;
- voorlichting en educatie, met gebruik van de media;
- risicoscreening en educatie van de bevolking;
- volwasseneneducatie;
- jeugd- en oudervoorlichting en opvoeding, uitgevoerd op school;
- voorlichting en scholing van professionals in gezondheidszorg;
- voorlichtings- en educatieprogramma's over risicofactoren die op de gehele community gericht zijn.

In het Minnesota Heart Health Programma is naast voorlichtings- en opvoedingsstrategieën ook gepoogd invloed via de sociale omgeving uit te oefenen, bijvoorbeeld via het labellen van producten in supermarkten en via menu's in restaurants. In het Minnesota Heart Health Programma is gewerkt vanuit een twee fasen en vier stappen model (Carlaw, 1984). De eerste fase was gericht op het ontwikkelen van een algemeen besef bij de bevolking omtrent de problematiek van hart- en vaatziekten en het meest elementaire gedrag dat hiermee verband houdt. De tweede fase legde de nadruk meer op het 'uitproberen' van ander gedrag, op vaardigheden en op het uiteindelijk vasthouden van het veranderde gedrag. Deze fasering is ook in het project 'Zuidoost-Drenthe HARTstikke Goed!' toegepast.

Pawtucket Heart Health Program

Het Pawtucket Heart Health Program werd uitgevoerd gedurende de jaren 1980-1991 (Carleton, 1995). Het feitelijke preventieproject startte in 1982. De doelgroep voor dit project vormden de 71.000 inwoners van een voornamelijk 'blue-collar' stad. Een vergelijkbare regio werd gebruikt in de evaluatiestudie. In het programma was de essentiële interventiestrategie het mobiliseren van actieve betrokkenheid van de bevolking, zowel bij de planning, de implementatie, de evaluatie als het management. De risicofactoren waar men zich op richtte waren: roken, cholesterol, beweging, bloeddruk en lichaamsgewicht. Bij de uitvoering van het programma werden de volgende fasen onderscheiden:

- promotie, beïnvloeding en motivering;
- vaardigheidstraining met betrekking tot de risicofactoren;
- ontwikkeling van een ondersteunend netwerk;
- behoud en feedback.

Deze fasen werden gekoppeld aan de fasen uit de theorie van gedragsverandering. Het programma richtte zich op het individu, de groep, de organisatie en de community. Per risicofactor werden afzonderlijke campagnes uitgevoerd (Shea, 1989).

Heartbeat Wales

Heartbeat Wales is een voorbeeld van een tweede generatie project. Het project startte in 1985 als een demonstratieproject. De activiteiten waren gericht op cholesterol, hypertensie, roken, beweging en stress. In samenwerking met 'district health authorities' werd het programma opgezet. Ook in dit project werd met verscheidene instanties samengewerkt. In elke county (regio) werd een Heart Action team opgericht. Deze hield zich bezig met de planning, de implementatie en de evaluatie van de lokale activiteiten. In het programma werd een consequente huisstijl gehanteerd. Het programma bestond onder meer uit een grootscheepse

(massamediale) publiekscampagne en training van vrijwilligers voor het begeleiden van activiteiten. In projecten werd aangehaakt bij de wens van mensen om af te vallen. Er was een mobiele tentoonstelling en mensen konden hun bloeddruk of cholesterol laten meten of een fitheidstest doen. In het project werd onder andere samengewerkt met supermarkten, sportkantines, pubs en restaurants. Met een sportcentrum werd een project opgezet om de drempel voor deelname te verlagen. De evaluatie was gericht op de haalbaarheid van de voorgestelde activiteiten, het bereiken van de doelstellingen, een kosten-effectiviteitsanalyse en op generalisatiemogelijkheden. De eindevaluatie vond in 1992 plaats. Uit de onderzoeksresultaten bleek onder meer dat 39% van de bevolking gezonder was gaan eten, 20% meer was gaan bewegen en 7% met roken was gestopt. Een tekortkoming in de evaluatie van het project is het ontbreken van een controlegroep (Smail en Parish, 1989).

Overige community-based preventieprojecten

Naast de hierboven beschreven projecten zijn er vele andere interventies uitgevoerd. In het schema in bijlage 1 is een overzicht opgenomen van een groot aantal community-based projecten waarover in de afgelopen 30 jaar is gepubliceerd, gespecificeerd naar een aantal kenmerken en resultaten van deze projecten.

3.3.3 Nederlandse community-based preventieprojecten

Ook in Nederland werden voorafgaand aan het project in Zuidoost-Drenthe enkele community-based preventieprojecten uitgevoerd. Hieronder wordt kort ingegaan op de drie belangrijkste interventies in Nederland.

Gezond Bergeyk

Ondanks het feit dat het project Gezond Bergeyk zich niet richtte op het voorkomen van hart- en vaatziekten verdient het toch aandacht in dit hoofdstuk. Het is namelijk het eerste grote community-based project dat in Nederland is uitgevoerd. Het project startte in 1989 en werd afgesloten in 1991. Het project had tot doel reductie te bewerkstelligen in de prevalentie van de vier aan kanker gerelateerde risicofactoren, te weten roken, hoge vetconsumptie, excessief alcoholgebruik en het gebruik van solaria. Het project maakte gebruik van gezondheidsvoorlichting en de community-based werkmethoden. In het project werd gewerkt met een lokale projectgroep bestaande uit vertegenwoordigers van verschillende sectoren in de community. Het project resulteerde in een verminderde vetconsumptie. De andere gedragsfactoren, te weten roken, alcoholgebruik en solariumgebruik gaven geen verbetering te zien (Van Assema, 1993).

Let op vet, Alkmaar

Let op Vet Alkmaar startte in 1992. Het doel van het project was om kennis en aandacht te geven aan het belang van een minder vette voeding. Het was een community-based project en duurde negen maanden. Het project heeft geen positieve veranderingen gerealiseerd in aandacht, kennis en houding ten aanzien van minder vet in de voeding. Wel werd een geringe daling in de vetconsumptie waargenomen. Deze verschuiving was niet dusdanig groot dat een blijvende vermindering in de gemiddelde vetconsumptie van de totale doelgroep waarschijnlijk werd geacht (Hardeman, 1993).

Hartslag Limburg

In juni 1998 is het preventieproject 'Hartslag Limburg, samen gezond' gestart. Dit project is een grootschalig regionaal samenwerkingsproject gericht op de preventie van hart- en vaatziekten. In het project wordt een populatiebenadering, gericht op grote groepen via openbare kanalen, met een hoogrisico-benadering via het medische circuit gecombineerd. In het hoogrisico-project worden patiënten opgespoord met een bekend hoog risico, zij krijgen vervolgens individuele begeleiding en advisering. Het community-project bestaat uit een serie uiteenlopende activiteiten welke in samenwerking met een groot aantal partners worden uitgevoerd. Binnen dit deel van het project zijn negen werkgroepen opgericht waarin vertegenwoordigers zitten van de doelgroep en organisaties in wijk of buurt (Ronckers, 2001; VTV, 2002 b).

Tussentijdse resultaten laten zien dat in het hoogrisico-project meer dan 2.500 personen zijn ingestroomd. Uit de eerste analyses blijkt dat het overgrote deel van de patiënten tevreden is over de geleverde ondersteuning. In de eerste twee jaar van het community-project zijn meer dan 250 activiteiten uitgevoerd in de regio. Veel is aangehaakt bij landelijke campagnes. Evaluatie van het project na tweeënhalf jaar toonde aan dat alleen wat betreft de vetinname een verschil werd gevonden ten gunste van de experimentele regio. Wat betreft beweging en roken werden er (vrijwel) geen effecten gevonden. Geconcludeerd werd dat het project 'enkele veelbelovende resultaten heeft bereikt. Echter de bestaande seculaire trend tot gezonder gedrag, de minder dan optimale, maar nog steeds toenemende, hoeveelheid, kwaliteit en diffusie van interventieactiviteiten, en de beperkingen in het onderzoeksdesign, hebben verhinderd dat overtuigender resultaten tot stand kwamen dan wel konden worden aangetoond' (Ronda, 2003; Ronda ea, 2004).

3.3.4 Verwachtingen van community-based preventieprojecten

De eerste resultaten van de community projecten in de jaren tachtig waren veelbelovend. Studies gaven aan dat de effecten van de gangbare interventies op het gedrag doorgaans laag waren aangezien deze onvoldoende rekening hielden met sociale, psychologische en demografische factoren die de individuele

beslissingen tot overname van gezond gedrag beïnvloeden (Fincham, 1992). Daarnaast wees onderzoek uit dat de voorlichting vaak niet de mensen bereikt die deze het meeste nodig hebben (Jonkers e.a., 1988; Kok, 1992). Evaluaties van de eerste buitenlandse community projecten in de zeventiger en tachtiger jaren toonden gunstiger resultaten aan van deze aanpak (Puska, 1984; Bracht en Kingsbury, 1990; Fincham, 1992). Ook de WHO pleitte ervoor om bij de uitvoering van concrete programma's gericht op hart- en vaatziekten de community-benadering als strategie te hanteren. Gesteld werd dat bevolkingsparticipatie, het aanpakken van meerdere thema's of risicofactoren en het zoveel mogelijk gebruiken van bestaande lokale structuren op sociaal- en gezondheidsgebied belangrijk zijn.

In de studie van Kanters en Ledekerken (1989) is een aantal buitenlandse community-based projecten onderzocht en is nagegaan wat deze tot een succes maakten. De volgende aspecten bleken van groot belang te zijn bij de verklaring van de buitenlandse successen:

- het uitvoeren van community-analyse en opstellen sociale kaart van de community;
- het vaststellen van een invoerings- of veranderingsstrategie;
- de participatie van de bevolking;
- een redelijk homogene community;
- de inbreng van hulpverleners;
- de combinatie van interventies;
- de rol van de overheid (sterke ondersteuning);
- de ondersteuning door wetenschappelijk onderzoek;
- de integratie van vernieuwing in bestaande structuren en in dagelijkse activiteiten van betrokkenen: van begin af aan voorwaarden scheppen voor overdracht van vernieuwingen;
- de verspreiding van vernieuwing naar andere locaties.

Zij concludeerden dat de community-benadering voldoende perspectieven bood voor de Nederlandse praktijk. Ook het toenmalige ministerie van WVC stimuleerde, in navolging van succesvolle buitenlandse projecten, de ontwikkeling van community-strategieën die in eigen land een substantiële bijdrage konden leveren aan de volksgezondheid. Uit oogpunt van kosten, effectiviteit en geringe kans op onnodige medicalisering verdiende deze strategie eveneens de voorkeur (Cliné en Smid, 1992). De kans op een structurele inbedding van de activiteiten, en daarmee de kans op continuering van aandacht voor verandering van gedrag na afloop van een project, werd groter geacht, naarmate een community meer controle heeft over de georganiseerde activiteiten (Chans, 1989).

Na de aanvankelijke positieve resultaten van community-based projecten werden later minder gunstige resultaten beschreven. Projecten, uitgevoerd in de periode van 1980 tot eind jaren negentig, hebben vergelijkbare resultaten: er worden geen netto effecten aangetoond in veranderingen van risicofactoren tengevolge van de

interventie (Nutbeam, 1993; Luepker e.a., 1994; Young, 1996; Baxter, 1997; Ebrahim, 1997, 1998; Tudor-Smith, 1998; Sorensen, 1998; Campbell, 2000; Rowley, 2000; Berkowitz, 2001). Een meta-analyse van studies van community-based projecten (Sellers e.a., 1997) toonde aan dat vooral de wijze van evaluatie de mate van effect bepaalt en dat de interventie slechts in geringe mate verantwoordelijk is voor de gevonden resultaten. Ook Nederlandse projecten geven min of meer eenzelfde beeld. De community-aanpak bevalt goed (Hardeman e.a., 1993; Van Assema, 1993; Van der Knaap, 1993) maar er is geen overtuigend bewijs van effectiviteit gevonden wat betreft gedragsverandering of het verminderen van hart- en vaatziekten.

3.4 Slot

In dit hoofdstuk is stilgestaan bij theorieën van gedragsverandering en de ideeën over community-based preventie, welke bij de start van het project in Zuidoost-Drenthe gangbaar waren. Zoals is aangegeven bestonden er hoge verwachtingen over de resultaten van community-based voorlichting. Vanuit deze gedachte is het project opgezet en gestart. Het project in Zuidoost-Drenthe werd als voorbeeldproject gezien, waarmee informatie kon worden verkregen die zou bijdragen aan de discussie over het gebruik van de 'nieuwe' interventiestrategie. Kort na de start van het interventieproject in Zuidoost-Drenthe werd uit de resultaten van nieuw effectonderzoek van buitenlandse projecten duidelijk dat community-based projecten minder goede resultaten hebben dan oorspronkelijk werd gedacht. In de beschouwing zal naast de effect- en procesbeschrijving van het project in Zuidoost-Drenthe ook worden ingegaan op recente informatie over community-based projecten.